CRISIS HIPERTENSIVA

Marta Jiménez, Juan José Gavira

Se define como toda elevación tensional aguda de la PAS/PAD >210/ >120 mmHg (algunos autores admiten la denominación de crisis hipertensivas para aquellas situaciones donde se presenta de forma aguda cifras de PA superiores a 180/110 mm Hg o bien de 115 mmHg de PAD).

CLASIFICACIÓN

La crisis hipertensiva se clasifica en diferentes tipos con diferente pronóstico y tratamiento:

A.- Urgencia hipertensiva: situación de elevación de presión arterial (TA) en ausencia de lesión aguda de los órganos diana (cerebro, corazón y riñón), asintomática o con síntomas leves e inespecíficos (cefalea moderada). Requiere descenso progresivo hasta 160/110 mmHg en 24-48 h con tratamiento oral y control ambulatorio. Evitar hipotensión brusca que provoque isquemia coronaria, cerebral o renal.

B.- Emergencia hipertensiva: HTA severa asociada a lesión aguda o progresiva de los órganos diana que puede ser irreversible y de mal pronóstico vital (como cambios neurológicos graves, encefalopatía hipertensiva, infarto cerebral, hemorragia intracraneal, insuficiencia aguda del VI, edema pulmonar agudo, disección aórtica, insuficiencia renal o eclampsia). Requiere una reducción inmediata (en no más de 1 hora) de la TA con tratamiento parenteral.

C.- Falsas Urgencias Hipertensivas: son elevaciones tensionales producidas en su mayor parte por estados de ansiedad, patologías provocadas por dolor etc.,y que no conllevan daño en órganos diana. Por lo general no precisan de tratamiento.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA EN URGENCIAS

Historia clínica lo más completa posible

Factores de riesgo cardiovasculares, antecedentes personales (cardiovasculares, cerebro-vasculares) y complicaciones de órganos diana (insuficiencia renal, arteriopatía periférica, neuropatía, retinopatía...). Importante si HTA previa, toma de antihipertensivos.

Exploración física

Descartar lesión de órganos diana (Emergencia hipertensiva). Medir TA en brazos y piernas (dos mediciones al menos).

Pruebas complementarias

- **URGENCIAS HTA**: sistemático de orina, ECG, Rx PA y lateral
- **EMERGENCIAS HTA**: hemograma, CPK, CPK-MB, troponina (si sospecha de SCA), sistemático de orina, ecg, gasometría arterial (si EAP o insuficiencia cardíaca), fondo de ojo (retinopatía), Rx tórax PA-L, TAC craneal (ictus), ecocardiograma (SCA o disfunción cardíaca), TAC tóraco-abdominal (disección aórtica).

TRATAMIENTO

Tratamiento específico:

- **Eclampsia**: Labetalol
- **Síndrome aórtico agudo:** Labetatol (Trandate®) perfusión de 250 mg (2.5 ampollas) en 250 cc de suero a 1mg/min (60 ml/h) y ajustar según respuesta hasta 10 mg/min (600ml/h) + Nitroprusiato (Nitroprussiat®) perfusión de 50 mg (1 vial) en 250 cc de suero a 0.5-10 µg/Kg/min (5-100 ml/h para 60-70 Kg) y ajustar según respuesta. Toxicidad por tiocianatos a partir de las 48 h. Administrar vitamina B12. (reducción inmediata PAS<100 mmHg)
- **Cardiopatía isquémica/EAP/IC**: NTG (no en infarto de VD)
- **Encefalopatía hipertensiva**: Labetalol 10- 20 mg en bolos lentos repetibles cada 5-10 minutos. Si tras tres bolos no se ha controlado la TA, se iniciará una perfusión de 100 mg en 100 ml de suero salino fisio- lógico a pasar en 30 minutos. Su dosis máxima total es de 300-400 mg/día. Está contraindicado en insuficiencia cardíaca, trastornos de la conducción, bradicardia y asma.
- **Ictus isquémico**: Labetalol (si PA ≥ 210/120 mmHg reducirla inicialmente en un 10-15%). Si hemorrágico mantener PA 140-170 mmHg
- **Exceso de catecolaminas**: Nitroprusiato sódico (amp. 50 mg) diluyendo 5 amp. en 250 ml de suero glucosado al 5% infundidas a 5 ml/h, o fentolamina (Regitina®) 1-5 mg i.v. en bolo que puede repetirse cada 20 min. B-bloqueo (sólo tras alfa bloqueo).

Tabla 1: Antihipertensivos vía oral en urgencia hipertensiva

FÁRMACO	DOSIS	INICIO	DURACIÓN
CAPTOPRIL (Capoten®)	25-50 mg	15-30 min	4-6 h
FUROSEMIDA (Seguril®)	20-40 mg	0,5-1 h	6-8 h
TORASEMIDA (Dilutol®)	5-10 mg	0,5-1 h	6-8 h
LABETALOL (Trandate®)	100-200 mg	0,5-2 h	6-12 h
ATENOLOL (Blokium®)	50-100 mg	1-2 h	24 h
NIFEDIPINO (Adalat®)	10mg, retard 20mg	5-15 min	3-5 h, retard 8-12 horas

Tabla modificada Chayán Zas, Jaime Gil J, Moliner, Ríos MT,Rey, Castiñeira MC, González C (Grupo HTA de la AGAMFEC) Urgencias y emergencias hipertensivas.Cad Aten Primaria. 2010;17:192

Tabla 2: Antihipertensivos vía parenteral

FÁRMACO	DOSIS	INICIO	INDICACIÓN	CONTRA-INDICACIÓN
Nitroprusiato (Nitroprussiat®) amp 50mg	50mg/500ml 10-30ml/h	0min/ 1-5min	Todas	Eclampsia
Enalapril (Renitec®) amp 1mg	1mg e 5min 5mg en 250ml 6ml/h	0min/6h	Todas	Eclampsia
Nitroglicerina (Solinitrina®) amp 50mg	50mg/500ml 5ml/h	1-2min/5-10min	SCA, ICC	El resto

Labetalol (Trandate®) amp100mg	20-80mg 100mg/100ml en 1-2min	5-10min/ 1-8h	Todas	ICC,Bloqueo AV, bradicardia
Urapidilo (Elgadil®) amp 50mg	25mg en 5-10min 250mg/250ml a 10-30ml/h	2-3min/ 4-6h	Todas	Estenosis subaórtica
Hidralazina (Hydrapres®) amp 20 mg	5-20mg en 20 min 40mg/500ml 4-6ml/h	10-12min/ 4-6h	Eclampsia	ACVA, SCA, aneurisma
Furosemida (Seguril®) amp 20mg	20-40mg	10-20min/ 6-8h	ICC	Depleción de volumen
Fentolamina (Regitine®) amp10mg	5-15mg 5-15min 50-100mg /500ml	1-2min/ 10-15min	Aumento de cate-colaminas	El resto

ALGORITMO TERAPÉUTICO

URGENCIA HTA
PAS/PAD >210/ >120 mmHg
PAM un 20% en 24-48h o
PAD < 120 mmHg

Reposo y confirmar cifras tensionales en 5-10 minutos

Reposo + Lexatin 3 mg

- Abandonó tratamiento antihipertensivo
  - SI → Reiniciar
  - NO → Aumentar dosis o asociar nuevos fármacos
- Sin tratamiento previo → Captopril 25 mg
  - NO responde → Captopril Capoten® 25mg vo. Repetir dosis hasta 2-3 veces cada 30 min, cambiar o asociar otros tratamientos
    - NO responde → PA cada 30min + Monitorizar, Vía IV y Exploración
    - Si buena respuesta: Alta + Consulta en Cardiología
  - ↓PAM un 20% en 24-48h o ↓ PAD < 120 mmHg → Alta +Consulta en Cardiología en 24 h

PA cada 30min + Monitorizar, Vía IV y Exploración

Tratamiento:
Nitroglicerina (Solinitrina®) perfusión iv: 25mg en 250 SG5%: 21ml/h
Labetatol (Trandate®) 1º bolo: 20 mg; 2º bolo: 20 mg/5 min hasta 100 mg máximo; 3º perfusión 2 amp en 200 SG5% 30-140 ml/h (máximo 300 mg)

* No se trata de normalizar la PA, esto debe conseguirse en días o semanas

ALGORITMO TERAPÉUTICO

EMERGENCIA HTA
PAS/PAD >210/ >120 mmHg
PAD 10-15% o 110 mmhg en <1h
o PAM <20%
Monitorización
Ingreso (Cardiología)

→

TABLA 2
Antihipertensivos vía parenteral

EXPLORACIÓN
Fondo de ojo (exudado, hemorragia)
Ritmo galope, 3er tono
Estertores crepitantes
Asimetría pulsos periféricos
Focalidad neurológica